

17.Мастюкова Е.М. Развитие начальных навыков самообслуживания у детей с ДЦП в семье // Дефектология. - 1985. - № 2.

18.Мишина Г. А. Пути формирования сотрудничества родителей с детьми раннего возраста с отклонениями в развитии: автореф. дис. канд. пед. наук / Г. А. Мишина. — М., 1998. — 18 с.

19.Моисеева Т.Ю. ЛФК и массаж в реабилитации недоношенных детей с перинатальной патологией нервной системы. - №1 2002. - С.13-15.

20.Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Аутичный ребенок. Пути помощи.— М.: Теревинф, 2000.— (Особый ребенок). — 336 с.

21. Петровская Л.А. Теоретические и методические проблемы социально- психологического тренинга. - М., 1982.

22.Ревелль П., Ревелль Ч., Среда нашего обитания. Книга 3. Энергетические проблемы человечества. - Издательство: Мир, 296 с.

23.Сгуденикин Т.В. Педагогическое сопровождение семьи, воспитывающей ребенка раннего возраста с органическим поражением центральной нервной системы. - М.: 2002. — 176 с.

24. «Семейное воспитание детей с отклонениями в развитии» / Е. М. Мастюкова, А.Г. Москвина. — Москва, 2004.

25.Семенова К.А. Медицинская реабилитация и социальная адаптация больных с детским церебральным параличом. - Ташкент, 1979.

26.Солнцева Л. И., Хорош С. М. Советы родителям по воспитанию слепых детей раннего возраста: 3-е издание. - М., 2003.

27.Сидельникова В.М. «Привычная потеря беременности» — М.: 2000. - 304 с.

28.Сухарева Г.Е. (к 80-летию со дня рождения)//Дефектология. - 1972. - № 1. - С.88.

29.Шишicina Л. М. Социальная реабилитация с детей аутизмом / Л. М. Шишicina, И. Л. Первова. — СПб. : Дидактика Плюс, 2001. — 135 с.

30. Calhoun M.L., Hawisher M. Teaching and learning strategies for physically handicapped Students. Baltimore, 1987.

31.Robert Wright. Why we are the way we are: The new science of evolutionary psychology - N.-Y.: Pantheon Books, 1994.

ДИТЯЧО-БАТЬКІВСЬКІ ВІДНОСИНИ ЯК ФАКТОР УСПІШНОГО РОЗВИТКУ ДИТИНИ

УДК: 37.013.77

Душка А.Л.

В статье рассматриваются детско-родительские отношения, проводится теоретический анализ литературы по данной теме, выделены типичные группы, отличающиеся по уровню социально-педагогических возможностей и желанию к их реализации. Семьи, воспитывающие особого ребенка, имеют свои особенности и качества. Но существуют также общие тенденции в устройстве жизни таких семей, которые условно можно разделить на три категории.

Ключевые слова: детско-родительские отношения, семьи, воспитывающие особого ребенка, психологическая помощь семье.

У статті розглядаються дитячо-батьківські відносини, про-водиться теоретичний аналіз літератури з даної теми, виділені типові групи, що відрізняються за рівнем соціально-педагогічних можливостей і прагненням до їхньої реалізації. Родини, що виховують особливу дитину, мають свої особливості і якості. Але існують також загальні тенденції в обладнанні життя таких родин, що умовно можна розділити на три категорії.

Ключові слова: *дитячо-батьківські відносини, родини, що виховують особливу дитину, психологічна допомога сім'ї.*

Dushka A.L.

Child-parent relationship are described in this article, theoretical analysis of the literature on this topic is carried out, typical groups that differ in terms of socio-educational opportunities and the desire to implement them are selected. Families raising a special child, have their own characteristics and qualities. But there are common trends in setting up the lives of such families that can be divided into three categories.

Key words: *child-parent relationships, family, raising a special child, psychological assistance to the family.*

Сучасний етап розвитку корекційної педагогіки й психології характеризується пошуком нових ефективних шляхів соціальної адаптації дітей, що страждають фізичними й психічними недоліками. У цьому зв'язку проблема родини, що виховує дитину з відхиленнями в розвитку й з особливими освітніми потребами, стає все більш актуальною.

Соціалізація дитини із проблемами в розвитку не може бути досягнута без залучення до цього процесу його батьків. Родина як соціальний інститут по-кликана соціалізувати дитину, казав ще З. Фрейд. Саме в родині в дитини складаються перші уявлення про людські цінності, характер взаємин між людьми, формуються моральні якості. Тому родина дитини з відхиленнями в розвитку також повинна стати його першим інститутом, що соціалізує. Процес соціалізації дитини з відхиленнями в розвитку розглядається нами поетапно. Першим щаблем соціалізації дитини може бути його адаптація в родині. Другим щаблем - адаптація в спеціальній освітній установі. І останнім, найголовнішим щаблем - адаптація в суспільстві, включаючи й адаптацію самої родини в цілому.

Виховання дитини та побудова гармонійних емоційних відносин з нею справа не легка й завжди носить зворотній характер. На думку багатьох вчених [3, 8, 11] процес емоційної взаємодії між батьками та дитиною є, певною мірою, перевіркою емоційної зрілості дорослих-вихователів, їх вміння урівноважувати та усвідомлювати власні почуття та переживання. Вироблення власного механізму емоційного збалансування у дорослих, побудова гармонійного світосприйняття являється запорукою вироблення тих самих механізмів і у їх дітей. Щоб розглянути процес емоційної взаємодії батьків та дітей ми будемо опиратися на такі фундаментальні поняття як емоційна компетентність, емпатія, почуття любові, емоційна підтримка та емоційний контакт.

Вивчення впливу емоційного компонента дитячо-батьківської взаємодії на психічний розвиток дитини показано в роботах А.І. Захарова [5]. Автором виділені якісні й кількісні критерії повноцінного емоційного спілкування батьків з дошкільником. При дефіциті емоційних контактів процес психічного особистісного розвитку затрудняється й спотворюється.

Одна з найбільш важливих для психології ідей Л.С. Виготського [2] полягає в тому, що джерело психічного розвитку перебуває не усередині дитини, а в його відносинах з дорослим.

Згідно з позицією Л.С. Виготського, соціальний світ і навколишні дорослі не протистоять дитині й не перебудовують його природу, але є органічно необхідною умовою його людського розвитку. Дитина не може жити й розвиватися поза суспільством, він споконвічно включений у суспільні відносини, а тому чим менша дитина, тим більш соціальною істотою вона є [2].

М.І. Лисіна [7], з однієї сторони, опирається на концепцію Л.С. Виготського, а з іншого - стає засновником оригінальної наукової школи. Вона принесла у вітчизняну психологію новий предмет - спілкування дитини з дорослим - і новий підхід до наукового дослідження спілкування. Ініціатором даного напрямку став учитель М.І. Лисіної - А.В. Запорожець (який у свою чергу був безпосереднім учнем і соратником Л.С. Виготського). Слід зазначити, що в цей час (60-70-ті рр.) у закордонній психології розвернулися надзвичайно цікаві дослідження із психології дитинства, у яких аналізувалися особливості материнського відношення до дитини. Були опубліковані нові дані про компетентність дитини, описувалися різні моделі материнської поведінки (mothering), були отримані факти, що свідчать про синхронізацію й погодженості взаємодії матері й дитини, у самостійний напрямок оформилася теорія прихильності.

Одним з основних методів у дослідженнях М.І. Лисіної [7] було порівняльне вивчення дітей, що виховуються в родині й без родини в дитячих установах закритого типу. У цьому також можна бачити продовження традицій Л.С. Виготського, який, як відомо, розглядав дослідження розвитку в умовах патології як один з методів генетичної психології. В умовах як органічного, так і комунікативного дефіциту процес розвитку вповільнюється, розвертається в часі і його закономірності виступають у відкритій, розгорнутій формі. Діти в будинках дитини забезпечені всім необхідним для виживання (нормальним харчуванням, медичним обслуговуванням, одягом і іграшками, що навчають заняттями і т.д.). Однак дефіцит індивідуально-адресованого, емоційного спілкування з дорослим суттєво гальмує й деформує психічний розвиток дітей. Як показали роботи М.І. Лисіної, «добавка» такого спілкування впливає на різні аспекти психічного розвитку дітей: на їхню пізнавальну активність, на оволодіння предметними діями, на розвиток мови, на відношення дитини до дорослого і т.д. [7].

А. Валлон [1] розглядає проблему взаємодії батьків і дітей в аспекті розвитку емоційної сфери дитини, і він відмічає проєкцію емоційної чуйності дитини на почуття інших дорослих і дітей. А. Валлон відзначає, що дитина на перших етапах життя пов'язана зі світом через афективну сферу, і його емоційні контакти встановлюються за типом емоційного зараження.

За А. Валлоном, на другому році життя дитина вступає в «ситуацію симпатії». На цій стадії дитина мовби злита з конкретною ситуацією спілкування й з партнером, чий переживання вона розділяє. «Ситуація симпатії» готує дитину до «ситуації альтруїзму». На стадії альтруїзму (4-5 років) дитина навчається співвідносити себе й іншого, усвідомлювати переживання інших людей, передбачити наслідки своєї поведінки.

Так, в міру психічного розвитку, дитина переходить від нижчих форм емоційного реагування до вищих моральних форм чуйності [1].

Важливим компонентом у взаємодії батьків і дітей являється вироблення такого психологічного інструменту як емпатія. Calhoun M.L., Hawisher M. вважають емпатію одним з найважливіших джерел розвитку особистості дитини. На їхню думку, емпатія — це комбінації теплоти, уваги й впливу. Автори опираються на ідею про розвиток дитини як процесу встановлення балансу між потребами батьків і дитини. Дотримання балансу потреб робить виховання ефективним, а емпатія визначає психологічний клімат навчання дитини взаєминам з людьми [15].

Емпатія у відносинах батьків і дітей можлива тільки в тому випадку, коли батьки розуміють почуття дітей, беруть участь у їхніх справах і дозволяють їм деяку самостійність. Емпатійні відносини батьків полегшують процес адаптації. Але навчати дитину емпатії стає можливим тільки тоді, коли самі батьки є носіями цієї психологічної властивості. Адже ми не можемо поділитися тим, чого не маємо самі.

Солнцева Л. І., Гарній С. М. особливу увагу у своїх дослідженнях приділяють ролі любові у вихованні дітей. І сьогодні актуальним є їх вчення про метод любові, яка повинна бути присутньою «... у будь-якій методиці, що приносить успіх, морального й соціального виховання нормальної дитини» [13]. Любов проявляється як вирішальний фактор життєвого, ментального, морального й соціального благополуччя й розвитку індивіда, «нелюбимі й нелюблячі діти складають більш високу частку перекручених, вороже настроєних і нерівноважених дорослих, ніж діти, що виростили під покровом любові». Дослідивши біографії великих альтруїстів, що виростили в апостолів любові, він дійшов висновку про те, що майже всі вони вийшли з гармонічних родин, де були бажаними й улюбленими.

Порушення емоційного контакту з батьками, відсутність емоційного прийняття й емпатійного розуміння важко травмує психіку дитини, впливає на розвиток дітей, формування їх особистості.

У своєму дослідженні Мастюкова О. М., Московкіна А. Г. роблять висновки про те, що «...емпатія є сполучною ланкою у відносинах між дорослим і дитиною, що визначають входження її в співтовариство однолітків. Сформована емпатія оптимізує процес соціалізації дитини, надаючи йому гуманістичну, духовну спрямованість» [8].

Родини, що виховують особливу дитину, мають свої особливості і якості. Але існують також загальні тенденції в обладнанні життя таких родин. Умовно родини можна розділити на три категорії [11].

Перша категорія - родини, що категорично відкидають або майже не чують думки медичного персоналу й інших фахівців. Батьки не можуть осмислити сам факт появи на світ проблемної дитини. Думка лікарів їх насторо-

жує, вводить у важкий стресовий стан. Вони, як правило, починають активно вдаватися у пошуки додаткових «фахівців» для проведення нової діагностики, очікуючи більш сприятливого діагнозу, а також тих, хто міг би обіцяти швидке лікування їх дитини, повністю довіряючи їм. Не одержуючи позитивного результату, вони швидко переключаються на інших фахівців, втрачаючи час і упускаючи можливість надання дитині кваліфікованої допомоги. Такі батьки, намагаючись поєднувати різні методики й способи допомоги, звертаються до багатьох фахівців, рахунок яких може йти на десятки. Розрізненість дій приводить до відсутності відчутних результатів у дитини й розчарованості в сучасних способах допомоги дітям (Горячева Т. Г., Солнцева І. А.) [3].

Друга категорія - родини, що сприймають інформацію, і намагаються разом з фахівцем шукати шляхи подолання патології. Однак переживання розпачу, що характеризується шоком, і почуття розчарування, пов'язане з тим, що вони (батьки) не змогли зробити здоровішу дитину, є настільки болісно сильними, що іноді батько або мати не в змозі зрозуміти, що їм пояснюють лікарі. Обтяжує стресовий стан батьків реакція суспільства, яким діагноз ухвалюється як вирок дитині і його батькам. Потрібен час для того, щоб у батьків відбулося усвідомлення дефекту дитини. Часто після появи перших неспростованих фактів хвороби батьки переживають почуття провини, що зміщується з бажанням знайти спростування діагнозу.

Родини, що відносяться до другої категорії, є більш позитивними для соціально-педагогічної підготовки й включення їх у ранню роботу з дитиною. З обома категоріями родин на всіх етапах співробітництва необхідна взаємодія соціального працівника, який у силах захистити права дитини й допомогти родині подолати кризовий період.

Третя категорія - самоприречені батьки. Отримана інформація для таких батьків носить саморуйнівний характер. Дана категорія батьків переживає почуття безвихідності. Існує два види таких родин.

Перший: найчастіше самотні матері, що розцінюють появу хворої дитини як певний знак або «ношу», яку необхідно пронести через усе життя. Дуже скоро після народження дитини вони скорюються ситуації не вживають активних дій для її поліпшення. Особистий досвід спілкування з даним видом батьків показує, що серед них зустрічаються матері з релігійними переконаннями.

Другий: батьки вважають, що вживати нічого не потрібно. Майбутнє дитини саме покаже, яким він стане. Проявляючи значне терпіння, батьки здійснюють необхідний догляд за ним. Дитина росте самостійно, але його не розбудовують.

Наш досвід взаємодії з родинami, що виховують особливу дитину, показав, що під час проведення соціально-педагогічної роботи з урахуванням даних категорій значно зменшується кількість стресових і конфліктних ситуацій між членами родини, а також між батьками й фахівцями. Необхідно відзначити особливості першої й третьої категорії: нерідко батьки з першої категорії переходять у третю. Враховуючи даний факт, доводиться перебудувати хід соціально-педагогічної роботи з родиною.

Соціально-педагогічні можливості родини в роботі з дитиною багато в чому залежать від ступеня готовності батьків до реалізації своїх можливостей, настрою на успіх, зацікавленості в результатах дитини.

Характерно, що народження в родині дитини з особливими потребами нерідко виявляє дійсні взаємини між її членами. Не всі родини витримують подібну перевірку на міцність. Якщо взаємини між її членами й так були критичними, то подібне нещастя здатне розбити родину остаточно. І, навпаки, подібне випробування здатне згуртувати батьків у боротьбі за свою дитину.

Практика роботи з родинами дозволила виділити серед них типові групи, що відрізняються за рівнем соціально-педагогічних можливостей і прагненням до їхньої реалізації.

1. Родини, що повністю осмислюють рівень проблеми й прагнуть до позитивних результатів. Такі родини характеризуються згуртованістю в діях і бажанням допомогти дитині всіма наявними в них засобами. З моменту визначення в дитини патології родина прагне з'ясувати, де, як і якими способами можна допомогти. Батьки звертаються до різних фахівців за консультативною допомогою. Розібравшись у ситуації, члени родини спільно ухвалюють рішення щодо способу допомоги дитині. Вони разом беруть участь у лікувальних і реабілітаційних заходах. У процесі роботи обоє членів родини активні й виражають зацікавленість у майбутньому дитини.

2. Родини, що повністю осмислюють аномалію дитини, але не прагнуть до яких-небудь змін. Члени таких родин розуміють що відбувається з дитиною. Вони цікавляться думкою фахівців. Можливо, на початковому етапі були зроблені спроби допомоги дитині, що закінчилися невдачею. Зневірившись, розчарувавшись, побачивши нерезультативність таких спроб, родина нічого або майже нічого не вживає для поліпшення стану дитини. Ситуація може ускладнитися тим, що в родині уже є або очікується дитина. Усі надії пов'язані з ним. Дитина з аномаліями віддається на виховання старшому поколінню, залишається в родині й (або) у найкращому разі йому наймають доглядальницю.

3. Родини, що поверхово осмислюють, що відбувається з дитиною й не прагнуть до яких-небудь дій. Родина бачить, що дитина розвивається аномально, але не усвідомлює наслідків, що загрожують, і не вживає ніяких спроб допомоги. Такі родини неоднорідні. Серед них виділяються наступні типи:

- родини, де батьки переконані, що стан дитини згодом покращиться; таку думку їм міг нав'язати фахівець (найчастіше це лікар), що переконав під час консультації членів родини виждати час, після чого стан дитини буде відповідати нормі; члени родини, довіряючи думці фахівця, не вживають ніяких кардинальних дій - така бездіяльність може протривати тривалий час;

- багатодітні родини; особлива дитина, народжена у такій родині, як правило, не перша; батьки бачать, що дитина розвивається аномально й потребує допомоги, але тому, що крім неї є інші діти, про яких необхідно опікуватися, дитині не приділяється необхідної уваги. В більшості випадків житлові умови такої родини змушують бажати кращого, дитина не одержує необхідного догляду;

- родини хронічних алкоголіків;
- родини з розумово відсталими батьками.

4. Родини, що осмислюють дисфункцію дитини, але в силу яких-небудь причин не спроможні допомогти дитині. Родина розуміє, що дитина хвора і

бажає йому допомогти. Батьки звертаються до фахівців, розуміючи необхідність лікування, реабілітації. Однак у силу яких-небудь причин батьки не можуть провести рекомендований комплекс заходів.

5. Родина, що категорично, відкидає дитину із особливими потребами. До цієї категорії можуть відноситися різні по соціальному статусу родини. Вони відкидають появу дитини. Їм байдуже його майбутнє. Вона їх обтяжує. Батьки намагаються різними способами позбутися дитини. Подібними родинами вживаються наступні спроби вирішити ситуацію:

- дитину залишають у родині, тому що батьки не бажають бути засудженими з боку близького оточення;

- дитину віддають у спеціалізований інтернат.

Велика кількість родин, у яких виховується особлива дитина - неповні родини. Це пов'язане з тим, що один з батьків, найчастіше батько, через ряд об'єктивних і суб'єктивних причин залишає родину. Можна виділити наступні причини:

- заперечення батьком самого факту народження хворої дитини: батько не приймає того, що в нього могла народитися дитина з аномаліями, при цьому часто виникають питання про вірогідність батьківства; ситуація ускладнюється стресом, пов'язаним з визначенням діагнозу;

- зсув уваги матері із чоловіка на дитину: мати повністю поринає в проблеми, пов'язані з доглядом за дитиною, постійно перебуває з ним, у зв'язку із чим чоловік відчуває нестачу уваги; він робить спроби змінити ситуацію, але дружина ні фізично, ні морально не готова до контактів;

- батько кидає родину, уважаючи її тягарем; дана ситуація характерна для молодих родин;

- після постановки діагнозу пара не витримує психологічного тиску, виникають взаємні докори, що переростають у конфлікти.

У результаті відсутності наочного зразка внутрішньосімейних взаємин, а також самої родини як колективу, в дітей спостерігається формування перекручених поглядів на шлюб і родину в цілому. Співпадання ряду несприятливих обставин веде до зниження виховних можливостей неповної родини (Шаронова Н. А., Колпакова Л. М., Романова О. Л., Добряг І. В., Крижко Е. В. [14, 11, 4] та ін.).

А.С. Співаковська [12] справедливо звертала увагу на можливі розбіжності в родині між родичами, пов'язані з питаннями виховання дітей і взаємин з ними. Вона підкреслила, що в родині «необхідно виробити єдину, прийнятну для всіх лінію взаємодії з дітьми... основне завдання для всіх учасників сімейного союзу в трьох поколіннях полягає в створенні емоційно рівних, взаємоприйнятних, вільних і незалежних, але дружньо-конструктивних відносин».

Одним з важливих факторів соціально-педагогічної роботи з дитиною виступає наявність людини, що є його основним вихователем (вихователем № 1). Дослідження фахівців, що працюють із родинами, а також особистий досвід, дозволяють виділити в якості основного вихователя наступних осіб: мати дитини, бабуся, тітка, нянька або доглядальниця (Мастюкова Е. М., Московкіна А. М., Карпова Н. Е., Стрекапова Т. А.) [8, 6].

Таким чином, можна зробити висновок про те, що реакція батьків на появу проблемної дитини в кожній родині різна й, як правило, має негативні

прояви. Згодом вона видозмінюється, здобуваючи різні форми емоційного й значеннєвого вираження. Неоднозначність реакцій батьків на факт народження в них особливій дитини вимагає від фахівця обліку соціально-педагогічних і соціально-психологічних особливостей родини. Корекційно-реабілітаційна діяльність у даний період ведеться з використанням соціально-педагогічного потенціалу родини, який дозволяє фахівцеві диференційовано планувати роботу з нею, здійснюючи профілактику негативних проявів і сприяючи найбільш доцільному залученню родини в соціально-педагогічну роботу з дитиною.

Висновки:

- практика роботи з родинами дозволила виділити серед них типові групи, що відрізняються за рівнем соціально-педагогічних можливостей і прагненню до їхньої реалізації;
- розвитку емоційної компетентності сприяють насамперед, доброзичлива сімейна атмосфера та щирі відносини дитини з батьками;
- володіючи певними психологічними характеристиками, родина особливої дитини виступає або помічником у корекційному процесі, або навпаки зводить нанівець будь-який корекційний вплив.
- корекційно-реабілітаційна діяльність повинна вестися з використанням соціально-педагогічного потенціалу родини, який дозволяє фахівцеві диференційовано планувати роботу з нею, здійснюючи профілактику негативних проявів і сприяючи найбільш доцільному залученню родини в соціально-педагогічну роботу з дитиною.

ЛІТЕРАТУРА

1. Валлон А. Психічний розвиток дитини. / Анрі Валлон. — Спб.: Пітер, 2001. — 208 с.
2. Виготський Л.С. Психологія розвитку дитини. — Москва: Ексмо, 2004. — 512 с.
3. Горячова Т. Г., Солнцева І. А. Особистісні особливості матері дитини з відхиленнями в розвитку і їх вплив на дитячо-батьківські відносини // Матеріали ІІ Всеросійської наукової конференції «Психологічні проблеми сучасної російської родини». В 3 частинах. Частина І / Під ред. В. К. Шабельникова, А. Г. Лідерса. М., 2005. - С. 285-298.
4. Добряков І. В., Крижко Є. В. Психічний розвиток дітей із церебральними паралічами: особливості, відхилення, розлади, психокорекція й психотерапія // Лікування дітей з ураженням центральної нервової системи й опорно-рухового апарата: Методичні рекомендації / Під ред. І. В. Добрякова, Т. М. Щедріної. Спб.: Видавничий будинок Спб., 2004. Гл. 3. - С. 113-137.
5. Захаров А.І. Передпосилання патогенетично обґрунтованої сімейної психотерапії дітей з невротичними порушеннями // Сімейна психотерапія при нервових і психічних захворюваннях. - Л., 1998. - 233 с.
6. Карпова Н. Е., Стрекапова Т. А. Особливості самоприйняття матерів, що виховують дітей з дитячим церебральним паралічем // Матеріали ІІ Всеросійської наукової конференції «Психологічні проблеми сучасної Російської родини». В 3 частинах. Частина ІІ / Під ред. В. К. Шабельникова, А. Г. Лідерса. - М., 2005. - С. 111-119.

7. Лисіна М.І. Формування особистості дитини у спілкуванні. — Пітер. СПб, 2009. — 512 с.

8. Мастюкова О. М., Московкіна А. Г. Сімейне виховання дітей з відхиленнями в розвитку / Під ред. В. І. Селіверсторова. М.: Гуманит. вид. центр «ВЛАДОС», 2003. - С. 306-318; 331-333.

9. Піаже Ж. Збірка психологічних робіт. — М.: Освіта, 1969. - 435.

10. Петровський А.В. Вибрані твори. М., 1982. - 489 с.

11. Романова О. Л. Психологічне дослідження особливостей материнської позиції жінок, діти яких страждають церебральним паралічем // Журнал невропатології й психіатрії ім. С. С. Корсакова. 1988. № 9. - С. 109-114.

12. Співаковська А. С. Психічний розвиток дітей із синдромом аутизму / А. С. Співаковська. - Спб.: Дидактика Плюс, 2001. - 365 с.

13. Солнцева Л. І., Гарній С. М. Поради батькам по вихованню сліпих дітей раннього віку: 3-є видання. - М., 2003.

14. Шаронова Н.А., Колпакова Л. М. Особливості емоційно-оціночного відношення матері з підлітком, що страждає дитячим церебральним паралічем // Матеріали II Міжнародного Конгресу «Молоде покоління XXI століття: Актуальні проблеми соціально-психологічного здоров'я». Мінськ, 3-6 листопада: РИТМ, Соціальний проект, 2003. - С. 111-112.

15. Calhoun M.L., Hawisher M. Teaching and learning strategies for physically handicapped Students. Baltimore, 1987.

16. Robert Wright. Why we are the way we are: The new science of evolutionary psychology - N.-Y.: Pantheon Books, 1994.